1894
Lane Medical Library

Über einen Fall von Decapitation mit dem Braunschen Schlüsselhaken.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medizinischen Fakultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Donnerstag, den 2. August 1894

nachmittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Georg Lipinsky

aus Brandenburg.

Opponenten:

Herr Drd. med. Walter Graenz.

Herr cand. med. Wilhelm Märzdorff.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1894.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0384

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Embryotomie ist diejenige geburtshülfliche Operation, welche wir in der Geschichte der Medizin schon zu einer Zeit treffen, in der die übrigen fundamentalen Operationen wie die Wendung auf die Füsse und die Kopfzange zur Vollendung einer Geburt bei regelwidriger Lage noch völlig unbekannt waren. Erst von der Mitte des sechszehnten Jahrhunderts an tauchen allmählich andere Operationen und Methoden auf, welche nicht mehr allein den Zweck hatten, die Mutter von einer Frucht zu befreien, welche durch die natürliche Entwicklung des Geburtsaktes nicht geboren werden konnte, sondern auch Mittel und Wege an die Hand gaben, mit dem Leben der Mutter womöglich auch das des Kindes zu erhalten.

So hoch sich aber auch die geburtshülfliche Technik in ihren konservativen Methoden entwickelt hat, so dass jetzt nur noch in einem kleinen Bruchteile der Fälle, die in früheren Zeiten unfehlbar der Embryotomie anheimfielen, die Vernichtung des kindlichen Lebens erforderlich ist, so sind wir doch noch weit entfernt von so idealen Zuständen, dass die häufigste Ursache der Embryotomie, die verschleppten Querlagen aus der Welt geschafft wären.

Und wenn wir auch uns der Hoffnung hingeben können, dass mit der zunehmenden Besserung der sanitären Verhältnisse, mit der besseren Organisation des Hebeammenwesens durch die rechtzeitige Zu-

ziehung eines wissenschaftlich gebildeten Geburtshelfers die Embryotomie vor allem bei verschleppten Querlagen eine noch viel seltenere Operation werden wird, als sie es jetzt schon ist — es kommen nach Pawlik auf 2631 Geburten nur eine verschleppte Querlage — so wird es doch stets noch Fälle geben, in denen man die Embryotomie nicht vermeiden kann. Es wären dies die Fälle von abnormer Grösse des Kindes und gewisse Doppelmissbildungen.

Bei dem gegenwärtigen Stande der Dinge greifen wir heut zur Embryotomie, sobald die Thatsache festgestellt ist, dass das Kind als Ganzes nicht geboren werden kann.

Da über das Verfahren bei Gradlagen jetzt allgemeine Übereinstimmung erzielt ist, und der vorher beschriebene Zustand am häufigsten bei Querlagen eintritt, so soll in folgendem letztere hauptsächlich ins Auge gefasst werden.

Als verschleppte Querlagen bezeichnen wir diejenigen Fälle, bei welchen durch eine Reihe von ungünstigen Umständen schliesslich ein Zustand herbeigeführt wird, welcher die Wendung wegen der drohenden Gefahr einer Uterusruptur nicht mehr gestattet.

Die ungünstigen Faktoren bestehen einmal in dem bei Querlagen häufig eintretenden vorzeitigen Blasensprunge. Dieser erfolgt hier oft schon zu einer Zeit, in welcher der äussere Muttermund noch lange nicht vollständig eröffnet ist, weil statt des Kopfes oder Steisses, welche durch ihre rundliche, den Beckenausgang gleichsam tamponierende Gestalt die gleichmässige und vollständige Eröffnung des Muttermundes bewirken und so den Blasensprung verzögern, hier gewöhnlich die spitze Schulter in dem Muttermunde

zu liegen kommt. Dann setzen meist die Wehen schon frühzeitig abnorm stark und unregelmässig ein, bis zuletzt Krampfwehen und tetanus uteri eintreten. Durch diese heftigen Wehen wird der untere Abschnitt des Uterus in einen dünnwandigen Schlauch ausgezogen, während der kontraktile, muskulöse Teil sich wie eine dicke Kappe über dem Kinde zusammenzieht und nun immer mehr und mehr das untere Uterinsegment ausdehnt, bis schliesslich die Uterusruptur eintritt, wenn keine Kunsthülfe eingreift.

In dieser Situation ist es dann meist nicht mehr möglich, die Füsse der Frucht zum Zweck einer Wendung zu fassen, und selbst im günstigsten Falle würde bei der gewaltsamen Umdrehung des Kindes der Uterus in die grösste Gefahr kommen, zerrissen zu werden.

Das Kind ist in diesem Zeitpunkte meist abgestorben und wenn es auch noch geringe Lebenszeichen von sich geben sollte, so ändert dies an der Sache nichts, da man, um ein fast abgestorbenes Kind zu retten, nicht die Mutter der Gefahr einer Uterusruptur aussetzen wird.

Die ältesten Autoren Hippocrates und Celsus gestatteten die Embryotomie nur unter der Bedingung, dass das Kind abgestorben sein müsse. Später wurde diese Vorschrift weniger streng beachtet, bis endlich das Unwesen, welches Deisch und Mittelhäuser mit der Embryotomie trieben, zur Folge hatte, dass man in das entgegengesetzte Extrem verfiel und nun die Zerstückelung der Frucht im Mutterleibe ganz und gar aus der Reihe der geburtshülflichen Operationen gestrichen wissen wollte. Diese Richtung ging namentlich von Osiander und Stein aus. Die moderne Schule hält zwischen beiden Extremen die

Mitte, indem sie nicht das Leben oder Abgestorbensein des Kindes zum Massstabe macht für operatives Vorgehen oder exspektatives Verhalten, sondern die Embryotomie anwendet, wenn sich das Kind in einer Lage befindet, in der es ohne Kunsthülfe nicht geboren werden kann, und eine andere Operation, welche die Erhaltung des kindlichen Lebens bezweckte, nicht angängig ist wegen Gefährdung der Mutter. Die Embryotomie ist also indiziert bei exzessiver Grösse des Kindes (Doppelmissbildungen), Einkeilung des Thorax, tetanus uteri und bei drohender Uterusruptur.

Über die Ausführung der Embryotomie selbst finden wir schon im Hippocrates und Celsus ausgezeichnete Vorschriften, die zum Teil noch heut ihre Gültigkeit haben.

Hippocrates giebt in seinem „Liber de foetus in utero mortui exectione“ eine kurze Anweisung über die Zerstückelung des Kindes bei verschleppter Querlage, während Celsus sich des näheren über diese Operation verbreitet und das dazu nötige Instrumentarium beschreibt. Nachdem er in dem Kapitel „Qua ratione partus emortuus ex utero excutiatur“ den Vorschlag gemacht hat, das Kind aus der Querlage in eine Gradlage zu bringen, rät er im Falle des Misslingens dieses Versuches zur Zerstückelung des Kindes mit einem scharfen Haken: „Si vero transversus est, neque dirigi potuit, uncus alae iniciendus, paulatimque attrahendus est. Sub quo fere cervix replicatur, retroque caput ad reliquum corpus spectat. Remedio est, cervix praecisa; ut separatim utraque pars auferatur. Id unco fit, qui priori similis (uncus undique laevis, acuminis brevis) in interiore tantum parte per totam aciem exacuitur. Tum id agendum est, ut ante caput, deinde reliqua pars auferatur:

quia fere, maiore parte extracta, caput in vacuam vulvam prolabitur extrahique sine summo periculo non potest". Noch heut sind fast wörtlich zu befolgen die Ratschläge, die Celsus für die Herausbeförderung des Kopfes giebt, nämlich dass von aussen ein „kräftiger Assistent" durch Druck auf den Kopf die Entwicklung desselben erleichtern soll: „Si autem id incidit, super ventrem mulieris duplici panniculo iniecto, valens homo, non imperitus, a sinistro latere debet assistere, et super imum ventrem eius duas manus imponere, alteraque alteram premere quo fit, ut illud caput ad os vulvae compellatur. Idque tum eadem ratione, quae supra posita est, unco extrahitur".

Von den verschiedenen Methoden der Embryotomie ist die früher in ausgedehntem Masse geübte Exenteration immer mehr durch die Dekapitation verdrängt worden, und man giebt heut letzterer, wenn sie möglich ist, stets den Vorzug. Denn die Exenteration dauert erstens zwei- bis dreimal so lange als die Dekapitation, was für die Mutter in dieser gefährlichen Lage durchaus nicht gleichgültig ist, und dann sind die Operationen, welche sich an die Exenteration anschliessen, wie die Nachahmung der Selbstentwicklung, die Wendung etc. für die Mutter viel gefährlicher. Eine Bedingung muss allerdings für die Anwendung der Dekapitation erfüllt sein: man muss den Hals des Kindes erreichen können. Dies ist aber bei den in Frage stehenden Querlagen in der Mehrzahl der Fälle möglich, und nur in den recht seltenen Fällen, wo dies nicht thunlich wäre, kommt die Exenteration zur Anwendung. Aber selbst hier empfiehlt Pawlik noch die nachträgliche Dekapitation. Er rät, den entleerten Thorax an dem vorliegenden Arme

kräftig anzuziehen und den Thorax zu komprimieren, sodass man jetzt den Hals erreichen kann. Die jetzt ermöglichte Dekapitation bietet die besten Chancen für eine schnelle und gefahrlose Entwicklung des Kindes und „es kann weder die Wendung, noch die gedoppelte Geburt, noch die Nachahmung der Selbstentwicklung nach Exenterismus mit dieser Methode einen Vergleich aushalten, da alle viel gefährlicher und schwieriger sind. Ist durch die Entfernung der Brustorgane noch nicht genügend Raum geschaffen, kann auch die Entfernung der Baucheingeweide vorgenommen werden".

Zur Ausführung der Dekapitation sind im Laufe der Jahre eine ganze Anzahl von Instrumenten konstruiert worden, von denen heut nur wenige noch gebraucht werden, einige überhaupt nie an der Kreissenden versucht, sondern nur am Phantom probiert wurden. Es sind dies einmal schneidende Instrumente, die von Davis, Rambsbotham, Dubois, Klein, Martin, Rull bis auf Schultze alle mehr oder weniger ihrem Vorbilde, dem oben erwähnten scharfen Haken des Celsus gleichen. Dann wurden Instrumente angegeben, deren gedeckte Schneiden erst nach ihrer Einführung in den Uterus zur Wirkung kommen sollten. Zu dieser Gruppe zählen Bandeloque's „Double crochet mousse à lame cachée", Concato's „Decapitator", Scanzoni's „Auchenister" und Dixon's „Decapitationshaken".

Ausser diesen schneidenden Apparaten, wurden von mehreren Geburtshelfern eine Reihe von Methoden ausgebildet, bei welchen nur stumpfe Instrumente zur Verwendung kamen. Es sind dies einmal verschiedene Ecraseure, bei denen die Dekapitation durch Abschnüren des Halses mit Ketten oder Kettensägen,

starken Drähten oder einfachen Schnuren erfolgt. Dahin gehören Chassaignac's Ecraseur, der von Mann modifizierte Meadow'sche Drahtecraseur, die Kettensägeapparate von van Huevel, Faye, van der Ecken, Kilian, Tarnier, Verardini und Thomas. Mit einfachen Schnüren arbeiten die Instrumente von Heyerdahl, Kierulf, Hoffmann und Calderini.

Gegenwärtig konkurrieren wohl noch allein bei der Dekapitation das Schultze'sche Sichelmesser und Braun's Schlüsselhaken. Das Schultze'sche Sichelmesser wird in der Weise angewandt, dass man den Zeigefinger der eingeführten Hand auf den Rücken der Sichel legt und mit dem Daumen gleichzeitig dem stumpfen Ende des Messers entgegentastet. Der Hals wird nun mit sägenden Zügen durchschnitten, wobei die eingeführte Hand die Bewegungen des Messers kontrolliert.

Braun beschreibt die Anwendung seines Schlüsselhakens selbst folgendermassen: „Wir bringen die Kreissende auf ein Querbett, dringen mit der Hand neben dem kindlichen vorliegenden Arme in die Vagina ein . . . ., umgreifen hiermit den kindlichen Hals und zwar so, dass der Daumen gegen die Schambeine, die vier Finger aber gegen das Kreuzbein gekehrt werden, ziehen mit der am Hals liegenden Hand und mit der andern am präsentierten Arme gleichzeitig nach abwärts an, um den Hals zu dehnen und in den Beckenkanal tiefer herabzubringen. Hierauf wird der Schlüsselhaken in die volle Faust der freien Hand genommen, so, dass der Stiel zwischen Zeige- und Mittelfinger zu liegen kommt. Der Haken wird dann am eingeführten Vorderarm neben dem Daumen zwischen dem Halse des Kindes und den Schambeinen

emporgeschoben, über den Hals von vorn nach rückwärts angelegt und mit einem Zug nach abwärts fixiert. Mit der freien am Griffe befindlichen Hand wird das Instrument fast vertikal gesenkt, durch ein Vor- und Rückwärtsdrehen die Wirbelsäule gedehnt und luxiert, dann durch ein 5—10maliges Umdrehen des Griffes um seine Längsaxe nach einer Richtung unter einem stetigen Zuge nach abwärts die Haut und die übrigen Weichteile des Halses vollständig getrennt. Macht man nur von vor- und rückläufigen Bewegungen Gebrauch, so wird nur die Wirbelsäule luxiert, die Weichteile werden durchgequetscht, die Haut bleibt gewöhnlich unverletzt, der Hals wird aber dadurch dehnbarer und bis auf 6 Zoll verlängert, was nicht selten hinreicht, die Extraction des Rumpfes am präsentierten Arm zuerst und dann die Entwicklung des zurückgehaltenen, aber mit dem Rumpfe zusammenhängenden Kopfes zu bewerkstelligen."

In den 80er Jahren entspann sich eine lebhafte Diskussion unter den Gynaekologen über die Vor- und Nachteile des Schultze'schen Sichelmessers resp. des Braun'schen Schlüsselhakens. So trat Küstner für das Schultze'sche Sichelmesser ein, indem er besonders hervorhob, dass man mit demselben den vorliegenden Kindesteil an der Stelle durchschneiden könne, die grade zur Hand liegt, und dadurch in der Lage ist, die Exenteration samt den sich daran anschliessenden Operationen zu vermeiden. Die scharfe Schneide des Schultze'schen Messers mache die starke Kraftaufwendung, wie sie beim Braun'schen Haken erforderlich sei, überflüssig und vermeide so die Gefahr, das dünn gezogene untere Uterinsegment zu rupturieren.

Im Gegensatz zu Küstner empfehlen Pawlik

und Bidder den Braunschen Haken. Pawlik führt gegen den Vorwurf, dass die grosse Gewaltanwendung beim Gebrauche des Braunschen Hakens eine Uterusruptur zur Folge haben könnte, eine Statistik von 76 Fällen an, in denen die Dekapitation mit dem Schlüsselhaken niemals eine Verletzung des Uterus herbeiführte. Der Zug nach unten, welcher Kopf und Thorax zugleich in den schmalen Raum des Beckeneinganges hineinziehen will, entlaste die Uteruswandung eher, als er sie stärker spannt, da der Kopf gegen den Thorax gepresst wird. Hierbei muss der Beckeneingang den Druck aushalten, die Uterustpartien über demselben werden durchaus nicht mehr gespannt. Bei der Umdrehung des Hakens ist ein seitliches Andrängen des Kopfes gegen die Wände des Uterus vorhanden, aber diesem Übelstande ist leicht dadurch abzuhelfen, dass ein Assistent von aussen einen entsprechenden Gegendruck anwendet oder der Operateur selbst mit der Hand, welche den Hals des Kindes umfasst, diesen Gegendruck ausübt.

Ebenso liegt in dem kleinen Krümmungsradius des Braunschen Hakens, den Küstner und andere für einen Mangel des Schlüsselhakens erklären, kein Nachteil, da der Einwurf, man könne damit keine dicken Hälse abdrehen, durch die von Kuhn, Braun, Klein und Carl Braun-Fernwald publizierten Fälle, in denen es sich um recht starke Kinder handelte, — sie wogen bis 5040 g. — nicht stichhaltig erscheint. Ausserdem trat bei solchen Haken, die aus theoretischen Gründen mit einem grösseren Krümmungsradius versehen wurden, bei der Anwendung die Unzweckmässigkeit derselben zu Tage, indem die Einführung des Instruments bei engem Muttermunde sehr erschwert wurde und der Haken beim Umdrehen von den gefassten Partien abglitt, anstatt sie zu trennen.

Dr. Thomsen führt in der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1889 vier Fälle von Embryotomie aus der Universitätsfrauenklinik zu Dorpat an, in denen teils der Braunsche Haken, teils das Schultzesche Sichelmesser zur Verwendung kam, und welche daher eine unparteiische Beurteilung der beiden Instrumente gestatten.

Im Fall I, eine 36jährige VI. Para, haben wir das typische Bild einer verschleppten Querlage. Die Dekapitation des allerdings schwach entwickelten Kindes mit dem Braunschen Haken gelingt ohne Schwierigkeiten.

Bei dem zweiten Falle, eine 36jährige VIII. Para, liegen die Verhältnisse seitens der Mutter ganz ähnlich wie im I. Falle. Nur das Kind ist sehr kräftig entwickelt. Nachdem die Weichteile des dicken Halses mit dem Sichelmesser durchschnitten sind, gelingt die Dekapitation mit dem Braun'schen Haken leicht. Die Extraction von Rumpf und Kopf geht leicht von statten; die Mutter blieb unverletzt.

Der dritte Fall betrifft eine 40jährige II. Para, welche ungefähr 12 Stunden nach Abfluss des Fruchtwassers mit einer Schulterlage in die Dorpater Klinik kam. Wegen drohender Uterusruptur schritt man zur Embryotomie. Trotz starken Anziehens des vorgefallenen Armes ist es nicht möglich, den Hals zu erreichen. Da der Braun'sche Haken immer wieder vom Thorax abglitt, so nahm man das Schultze'sche Sichelmesser und durchschnitt damit den Rumpf in einer schrägen Linie von der rechten Achselhöhle aus bis zur linken unteren Halsgegend. Jetzt gelang die Extraction glatt, die Frau blieb unverletzt.

Der vierte Fall war ebenfalls eine verschleppte

Querlage. Hier wird die Geburt durch Dekapitation mit dem Sichelmesser beendet.

Thomson geht nun in einer Epikrise auf eine vergleichende Würdigung der beiden angewandten Instrumente ein: Das Sichelmesser und der Schlüsselhalter leisten je nach den Verhältnissen bei Embryotomien sehr gute Dienste, aber die Anwendung des Hakens ist beschränkt. „Ist das Kind verhältnismässig klein und der Hals zu erreichen, so ist die typische Dekapitation mit dem Braun'schen Haken eine leichte und ungefährliche Operation. Dann giebt es aber Fälle, wo unter dem Einflusse der energischsten Wehenthätigkeit der Hals so weit vom Beckeneingang abgewichen ist, dass derselbe mit dem Braunschen Haken nicht isoliert gefasst werden kann, sondern das Instrument stets auf dem Halse, zum Teil auf dem Nacken oder der Schulter steht. Ist das Kind klein und die Wirbelsäule biegsam, so gelingt es dennoch durch kräftiges Anziehen des Armes den Hals so weit zu dislocieren, dass der Haken ihn gut fasst. Handelt es sich aber um ein grosses Kind mit fester und steifer Wirbelsäule, so ist durch Anziehen des Armes der Hals nicht in dieser günstigen Weise zu dislocieren. Der schräg über Schulter und Hals liegende Haken dreht sich bei den ersten Versuchen des Umdrehens wieder von dem Halse ab. Das ist um so sicherer der Fall, als es bei kräftigen Kindern auch nicht gelingt, mit starkem Zuge an dem Haken die Halswirbelsäule zu luxiren. Dieselbe bleibt starr und steif in ihrer extramedianen Stellung und leistet stumpfen Verletzungsversuchen unüberwindlichen Widerstand. In solchen Fällen empfiehlt es sich nach den gemachten Erfahrungen unbedingt, mit dem Sichelmesser einzugehen und den Kindeskörper

an der vorliegenden Partie zu durchtrennen. Bei diesem Vorgehen umgehen wir im Falle der Unmöglichkeit der Dekapitation die langwierige Exenteration mit den nachfolgenden Operationen, die ihrerseits nicht ganz einfach und um dieses Umstandes willen die Prognose ebenfalls zu drücken geeignet sind."

Es ist klar, dass nicht durch theoretische Diskussionen, sondern durch praktische Erfahrungen sich die vorteilhaftesten Methoden zur Behandlung verschleppter Querlagen feststellen lassen, und es erscheint angebracht, bei der Seltenheit derselben jeden neuen Fall zu veröffentlichen. Es möge daher an dieser Stelle ein neuer Fall von Decapitation mit dem Braun'schen Schlüsselhaken in der Greifswalder Universitätsfrauenklinik seinen Platz finden.

Frau Friederike P. aus einer Nachbarstadt Greifswalds traf am Abend des 1. Juni 1894 kreissend in der hiesigen gynaekologischen Klinik ein. Die Anamnese ergab folgendes: Die Frau hatte bereits 11 Geburten durchgemacht. Darunter waren drei Frühgeburten. Die elfte Geburt hatte wegen Querlage Kunsthülfe erforderlich gemacht. Die Wehen traten am 31. Mai abends 8 Uhr ein und waren sehr stark. Der Blasensprung erfolgte am 1. Juni morgens 2 Uhr, der Muttermund war um diese Zeit vollständig eröffnet.

Seit dem Morgen des 31. Mai hatte die Kreissende fortgesetzte Blutungen aus den Geschlechtsteilen, und am 1. Juni morgens 10 Uhr ging ein kleiner Teil der Placenta ab.

Nachdem vier Ärzte Wendungsversuche gemacht hatten, welche alle an der Unmöglichkeit, die Füsse zu erreichen, scheiterten, sah man sich genötigt, die Hülfe der Greifswalder gynaekologischen Klinik in Anspruch zu nehmen. Bei den Wendungsversuchen

hatte man dem Kinde beide Arme abgedreht, weil man gehofft hatte, dadurch leichter die Füsse zugänglich zu machen.

Bei der äusseren Untersuchung findet man den Contractionsring deutlich handbreit über der Symphyse, der Uterus selbst ist so erhärtet, dass es unmöglich ist, zu einer Diagnose zu gelangen.

Bei der inneren Untersuchung findet man den inneren Muttermund völlig erweitert. Im Muttermund ein gelöster thalergrosser Placentalappen, die Frucht liegt in Querlage. Man fühlt mit der ganzen Hand in Narkose den Stumpf eines Armes, nach vorn eine Scapula, nach links kann man an den Hals gelangen, welchen man von vorn her mit einem Zeigefinger umgreifen kann. Die Frucht ist tot, von Herztönen nichts mehr wahrzunehmen. Die Oberhaut löst sich ab. Da der Uterus so fest um das Kind kontrahiert ist, dass es nicht möglich ist, die Füsse zu erreichen, wird von der Wendung Abstand genommen und zur Dekapitation geschritten. Es wird ein Braunscher Schlüsselhaken von vorn über den Hals geführt, scharf angezogen und die Halswirbelsäule durchtrennt. Durch Nachfassen mit dem Haken und weitere Drehungen werden auch die Weichteile, welche Körper und Kopf noch verbinden, durchtrennt. Alsdann wird der Rumpf an dem Stumpfe des vorliegenden Armes ohne wesentliche Mühe entfernt. Bei dem nun folgenden Versuche, in den Mund einzugehen und den Kopf am Unterkiefer zu extrahieren, reisst derselbe auf einer Seite aus, ohne dass der Kopf folgt. Auch der Versuch, den Kopf mit der gewöhnlichen Zange und der Achsenzugzange zu extrahieren, misslingen, da die Zangen beim Anziehen abgleiten. Deshalb wird die Perforation des Kopfes mit dem Nägele-

schen scheerenförmigen Perforatorium vorgenommen, indem dasselbe zwischen Atlas und Hinterhauptschuppe bei Fixierung des Kopfes in die Occipitalnaht eingestossen wird. Dabei fliesst eine grössere Menge Wasser ab. Nun gelingt die manuelle Extraction sehr leicht. Es zeigte sich, dass es sich um einen Hydrocephalus handelte, trotzdem der Rumpf sehr gut entwickelt und ohne Anomalien war.

Einige Stunden nach der Geburt klagt die Wöchnerin darüber, dass sie den Harn nicht halten könne, sondern dass dieser träufelnd abgehe. Die digitale Untersuchung stellt eine Blasenscheidenfistel fest, ungefähr $1^1/_2$ cm vor der äusseren Muttermundslippe. Die Öffnung hat die Gestalt eines spitzwinkligen Dreiecks, mit der Spitze vorn nach der Symphyse zu. Die Einführung eines Dauerkatheters schafft keinen wesentlichen Vorteil. Patientin erhält ein Gummikissen und wird gegen das lästige Urinbrennen mit Lassarscher Paste eingerieben.

Die Fistel ist jedenfalls so entstanden, dass der über die Weichteile hervorragende scharfe Knochenstumpf des vorderen abgedrehten Armes bei der Extraction des Rumpfes die Wand zwischen Scheide und Blase durchstossen hat. Patientin wird vorläufig mit Blasenscheidenfistel entlassen und für später zur Operation der Fistel wiederbestellt. Der Verlauf des Wochenbettes war abgesehen von der langsamen Rückbildung des Uterus normal.

Der angeführte Fall zeigt also ein sehr interessantes Bild einer verschleppten Querlage, welche durch eine Placenta praevia und einen Hydrocephalus kompliziert ist.

So wie die Verhältnisse lagen, als die Kreissende in der Greifswalder gynaekologischen Klinik anlangte,

war die strikte Indikation zur Embryotomie gegeben, da jede andere konservative Operation zur Entwicklung der Frucht ausgeschlossen werden musste, zumal das Kind abgestorben war.

Was die Operationen an der Kreissenden vor ihrer Ankunft in der Klinik anlangt, so erscheint vor allen Dingen das Abdrehen der Arme des Kindes, so dass die scharfen Knochenenden der Armstümpfe frei hervorragten, nicht am Platze. Denn abgesehen davon, dass die spitzen Knochenfragmente die mütterlichen Weichteile sehr leicht verletzen konnten — in unserem Falle ist, wie oben erwähnt, die Blasenscheidenfistel wahrscheinlich so entstanden — ist durch das Abdrehen der Arme die Situation um nichts gebessert. Denn der Arm kann durch sein Volumen die Raumbeengung in dem eng kontrahierten Uterus nicht vermehren, weil er bei der Schulterlage gar nicht in dem Uterus liegt. Er liegt schon in der Vagina und könnte dort höchstens der operierenden Hand eine geringe Raumbeschränkung verursachen, aber auf die Raumverhältnisse im Uterus bei einer in Frage kommenden Umdrehung des Kindes hat er gar keinen Einfluss. Durch die Amputation der Arme würde man sich im Gegenteil noch Nachteile verschaffen, indem man dadurch den besten Angriffspunkt für die Fixierung des kindlichen Körpers bei der Dekapitation oder Exenteration und der nachfolgenden Entfernung des zerstückelten Kindes aus der Hand giebt. Daher hat man auch in der modernen Technik der Embryotomie mit der früher vielfach geübten Brachiotomie vollständig gebrochen.

Zum Schlusse dieser Arbeit sei es mir noch gestattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Pernice für die gütige Überlassung derselben meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Centralblatt für Gynaecologie 1880.
Archiv für Gynaecologie Bd. XVI und XIX.
Celsus. De medicina liber VII.
Hippocratis opera: Liber de foetus in utero mortui exectione.
Deutsche medicinische Wochenschrift 1889.
Wiener Wochenblatt 1857.
Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde.
Würzburger med. Zeitschrift 1860.
Braun, Lehrbuch der gesammten Gynaecologie.

Lebenslauf.

Johannes Georg Lipinsky, kath. Confession, wurde als Sohn des Kaufmanns Joseph Lipinsky und dessen Ehefrau Hedwig, geb. Engel, am 12. Juli 1869 zu Berge, N.-L., geboren. Seine Schulbildung erhielt er auf den Gymnasien zu Forst N.-L., Glatz und Guben, wo er Ostern 1890 das Zeugnis der Reife erwarb. Darauf bezog er Ostern 1890 die Universität Greifswald, um Medicin zu studieren. Ostern 1892 bestand er das Tentamen physicum, im Juli 1894 das Tentamen medicum und das Examen rigorosum.

Während seiner Studien besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

Arndt, Ballowitz, Gerstaecker, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Krabler, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Oberbeck, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schmitz, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen diesen Herren, seinen hochverdienten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank aus.

Thesen.

I.

Die Entfernung von vorliegenden Gliedmassen ist bei der Embryotomie zu vermeiden.

II.

Bei Querlagen ist im Anfange der Geburt die prophylaktische Wendung durch äussere Handgriffe in Verbindung mit dem künstlichen Blasensprung angezeigt.

III.

Die konservative Behandlung des Furunkels ist der operativen vorzuziehen.